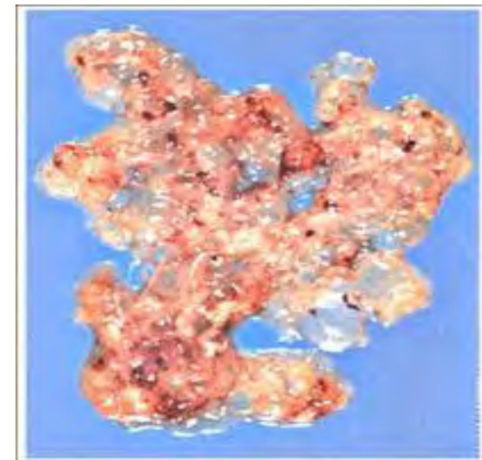
Service de gynécologie et obstétrique
EPH Belfort

Mole hydatiforme





DR . Med belkebir

INTRODUCTION

Anomalie de l’oeuf caractérisée par:

❖Dégénérescence polykystique et hydropique d’une partie ou de la totalité des villosités choriales

❖Prolifération trophoblastique

-formation de vésicules translucides

-sécrétion excessive HCG

Epidémiologie

- ***Môle hydatiforme partielle:***

– 10 et 20 % des produits d'avortements spontanés.

- ***Môle hydatiforme complète:***

- plus fréquente en Asie du sud-est et Afrique 2/1000.
- moins fréquente en Amérique centrale et du Sud 0,5/1000.

Etiopathogénie

1-Facteurs de risque:

- ➢Age maternel inf à 20 ans et sup à 40 ans.
- ➢Age du conjoint sup à 45 ans.
- ➢ATCD de MH, ABRT, GG.
- ➢Groupe sanguin A, B.
- ➢Facteur racial.

2-Pathogénie:

a-Facteurs génétiques:

❖ ***Môle partielle:***

sa nature est presque toujours triploïde

- ***85% paternel (diandrie)***
- ***15% maternel (digynie)***

Etiopathogénie

❖ ***la triploïdie par diandrie :***

➢ soit de la fécondation de l'ovule haploïde (1N) par un spermatozoïde diploïde (2N).

➢ soit de la fécondation de l'ovule haploïde (1N) par deux spermatozoïdes haploïdes

❖ ***la triploïdie par digynie :***

➢ soit de la fécondation d'un ovule diploïde (2N) avec un spermatozoïde normal, haploïde (1N) ;

➢ par la non séparation du deuxième globule polaire de l'ovule

❖ *Môle complète:*

La mère donne uniquement le cytoplasme de son ovocyte et l'ADN mitochondrial, le père apporte la totalité du noyau.

Il s'agit le plus souvent d'un spz X (23, X) qui se duplique (46, XX).

Plus rarement il s'agit d'une double fécondation par un spz X et un spz Y (46, XY) ou deux spz X (46, XX).

B- facteurs immunologiques:

C- niveau socioéconomique bas.

D- carence alimentaire:

Carence en carotène, en B9, en graisses.

Diagnostiques

1- Môle hydatiforme complète:

❖ *Diagnostique clinique:*

- Métrorragies du premier trimestre.
- Taille utérine supérieure à celle de l'aménorrhée, utérus ramolli.
- Augmentation des signes sympathiques de grossesse :

Nausées, vomissements.

- Toxémie et hyperthyroïdie.

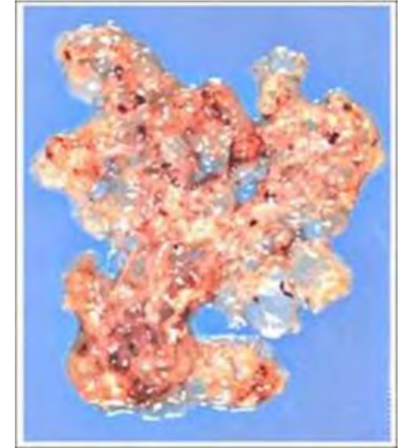


❖ *Diagnostique échographique:*

- Absence de cavité amniotique et d'embryon.
- Cavité utérine dilatée par des images hyperéchogènes, hétérogènes en « grappe », en « nid d'abeille » ou en «tempête de neige ».

❖ *Diagnostique biologique:*

- Taux anormalement élevé des bêta-Hcg.



❖ *Diagnostique histologique:*

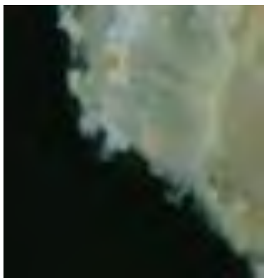
Macroscopiquement:

- la masse intra-utérine volumineuse.
- l'aspect vésiculaire, en « grappe de raisin ».
- L'axe des villosités et leurs ramifications sont dilatés en vésicules de l'ordre de 5 à 10 mm de diamètre.

Microscopiquement:

- l'hyperplasie bimorphe, cytotrophoblastique et

Syncytiotrophoblastique.





2- Môle hydatiforme partielle:

❖ *Diagnostique clinique:*

Avortements spontanés.

❖ *Diagnostique échographique:*

L'échographie peut révéler un œuf clair et, parfois, des microvésicules, voir même un embryon ou un fœtus en retard de croissance.

❖ *Diagnostique biologique:*

Le taux d'hCG est dans les limites de la normale

❖ *Diagnostique histologique:*

Macroscopiquement:

- Un œuf clair ou comportent un embryon généralement décédé.
- Une grande cavité amniotique.
- des villosités vésiculaires.

Microscopiquement:

- Alternance de villosités normales et anormales.
- L'embryon n'est pas toujours apparent mais ses traces peuvent persister.

Prise en charge

Le traitement consiste à l'évacuation de l'utérus par curetage aspiratif écho-guidé et sous perfusion d'ocytocine.

Cette aspiration se terminera par un curetage doux à la grande curette mousse afin d'assurer une vacuité totale de la cavité.

Il faut apprécier le volume et le poids du produit d'aspiration et faire un examen pathologique des produits de curetage séparément adressés.

Surveillance

❖Les modalités de surveillance initiale :

- La surveillance post opératoire sera clinique, radiologique et biologique.
- Sur le plan clinique , on évaluera surtout le saignement, l'involution de l'utérus et des kystes par un examen hebdomadaire
- Sur le plan radiologique, faire une écho pelvienne pour contrôler la vacuité de l'utérus et l'involution des kystes ovariens.
- Un téléthorax.
- Une surveillance biologique par un dosage hebdomadaire des β-hCG effectué jusqu'à rémission complète définie par l'obtention de trois dosages hebdomadaires successifs négatifs.
-

Evolution post curetage

❖ ***Evolution favorable :***

- La surveillance post curetage basée sur la décroissance des β-hCG est bien codifiée.
- Le retour s'effectue à la normale en 8 à 12 semaines maximum.
- On parle alors de rémission uniquement et non de guérison.
- Puis un dosage une fois par mois durant 6 à 12 mois puis tous les trois mois jusqu'à 24 mois.
- Une contraception progestative est instaurée pour éviter la survenue d'une grossesse intercurrente.

❖ ***Evolution défavorable :***

- Par persistance des saignements :

- Il s'agit soit d'un résidu môlaire intra-cavitaire bien identifié au contrôle échographique, on propose un second curetage uniquement dans ce cas.

- Il n'y a pas de résidu môlaire, ce peut être déjà une môle invasive ou un CC nécessitant une prise en charge particulière après confirmation biologique.

❖ ***Evolution défavorable des β-hCG :***

Elle peut correspondre soit à une absence de normalisation 12 semaines après l'évacuation , soit à la constatation d'une stagnation ou d'une ascension durant cette même période

- Devant ces constatations on parlera alors désormais de « maladie trophoblastique persistante » laquelle peut correspondre :
- soit à une môle invasive
- soit à un choriocarcinome, imposant sans plus attendre une chimiothérapie spécifique.
- Une seconde aspiration ou curetage , dans l'hypothèse d'une rétention en l'absence d'éléments échographiques ou cliniques est discutable et même dangereuse en raison des risques de synéchies et ou de dissémination en cas de choriocarcinome .